

障害児通所給付費支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

(宛先) 港区長

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ					生年月日	年 月 日		
	氏名								
	個人番号								
居住地	〒				電話番号				
フリガナ					生年月日	年 月 日			
支給申請に係る児童氏名									
個人番号					統柄				
身体障害者手帳番号		療育手帳番号		精神障害者保健福祉手帳番号					
医療保険被保険者記号番号(※)					保険者名及び保険者番号(※)				

※「医療保険被保険者記号番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」欄は、児童発達支援（治療を行うものに限る。）を申請する場合に記入してください。

サービス利用の状況	利用中のサービスの種類と内容等		
	障害福祉関係サービス		
申請する支援	支援の種類		申請に係る具体的な内容
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援（治療を行うものを除く。）		
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援（治療を行うものに限る。）		
	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス		
	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援		
	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援		

障害児支援利用計画を作成するために必要があるときは、通所支援の利用に関する意向聴取の内容及び医師意見書の全部又は一部を、港区から指定障害児相談支援事業者、通所支援事業者又は障害児入所施設の関係人に提示することに同意します。

申請者氏名